№ 11. Warszawa dnia 6 (18) Marca 1869 roku. Tom IV.

REDAKCJA przy ulicy Królewskiéj Nr. 37.

KLINIKA.

TYGODNIK LEKARSKI.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia.

w Warszawie: Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10) Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20) Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)

na Poczcie w kopertach: Rocznie . . Rs. 7 (złp. 46 gr. 20 Półrocznie. „ 3 k. 50 („ 23 „ 10 Kwartalnie „ 1 „ 75 („ 11 „ 20

w Redakcji pod opaską: Rocznie Rsr. 6. — Półrocznie Rsr. 3. — Kwartalnie Rsr. 1 kop. 50.

SPOSTRZEZENIA SZPITALNE.

Sprawozdanie z oddziału mężczyzn szpitala S. Łazarza z roku 1868.

napisał **T. Belke** lekarz ordynujący w tymże szpitalu.

Wszystkich chorych w oddziale pierwszym męzkim w ciągu roku 1868.

było leczonych	427	Z tych pozostało z r. 1867	25
		Przybyło w r. 1868	402
		Wyzdrowiało	342
		Zmarło	6
		Pozostało na r. 1869	49

w ciągu każdego miesiąca w roku było:

w Styczniu	48	w Lipcu	18
„ Lutym	37	„ Sierpniu	26
„ Marcu	32	„ Wrześniu	33
„ Kwietniu	21	„ Październiku	35
„ Maju	33	„ Listopadzie	40
„ Czerwcu	23	„ Grudniu	56

Chorzy wszyscy byli w średnich latach życia, obserwowałem jednakże chorych z chorobą weneryczną, nabytą po latach 60 wieku jak również widziałem takową u małych 9 i 10 letnich chłopców.

Kontyngens całoroczny chorych, dobrowolnie szukających ulgi w szpitalu, składa się po największéj części z ludzi, należących do klassy rzemieślniczéj i wyrobniczéj; wielu z nich szuka pomocy w szpitalu, po wyczerpaniu wszelkich środków empirycznych, używanych z rady przyjaciół lub felczerów, a to z powodu wstrętu, jaki budzi w ludności miejskiéj szpital Ś-to Łazarza; drugą część naszych chorych, stanowią chorzy aresztowani i nadsyłani przez policję, lub téż przesyłani z innych szpitali.

Oto są ogólne dane z całego roku; w tym obrazie jednakże razem są policzeni, tak chorzy weneryczni, jak i chorzy, wyłącznie cierpieniami skóry dotknięci,—dla łatwiejszego nieco rozejrzenia się w niniejszém sprawozdauiu, rozdzielę je na 2 części: w pierwszéj zawrę uwagi co do spostrzeganych chorób wenerycznych, w drugiéj zaś wspomnę o chorobach skóry.

1) Choroby weneryczne.

Z chorób wenerycznych, spostrzeganych u męczczyzn, na pierwszém miéjscu stawię rzerzączkę cewki moczowéj (Blennorrhagia urethrae). W ciągu roku 1868 było chorych z rzerzączką 76; porównywając tę cyfrę z cyframi innych chorób wenerycznych, mianowicie z wrzodami miękkiemi i twardemi oraz z wyrzutami skórnemi przymiotowemi 79, uderza nas mała stosunkowo ilość tych pierwszych; —rzerzączka należy do cierpień najczęstszych, jak nam pokazuje jéj etiologja, jak to stwierdza prywatna praktyka, jedynie więc wstręt chorych do szpitala, niemożność porzucenia pracy dziennéj, wpływa na to, iż tak stosunkowo mało rzerzączek w nim widzimy, gdy bowiem minie okres zapalny, chory uważa się za zdrowego i wcale się nie leczy, lub leczy się źle, a rzerzączka w następstwie przechodząc w stan przewlekły nieraz powoduje ciężkie i dolegliwe choroby; utworzenie ambulatorjum przy szpitalu, pozwalające chorym leczyć się w domu, niezmierne mogłoby oddać usługi w tym względzie. Właściwa diagnoza, odpowiednie rokowanie, wskazanie niezbędnéj i stosownéj kuracji, oświeciłyby chorych o stanie rzeczy, nie wydawałyby owych biedaków na łup nieuków i zapobiegłyby w niejednym razie przykrym następstwom choroby.

Niech mi przebaczą czytelniczy, ów wyżéj przywiedziony ustęp o ambulatorjum, lecz jest to kwestja niezmiernie ważna, jest to zadanie w ścisłym związku zostające z hygieną miasta i kraju. Powracam daléj do mego sprawozdania.

W ciągu roku obserwowałem rzerzączek, w okresie ostrym 9—płynienia 59—przewlekłym 8. Z tego, rzeczączek bez żadnych powikłań (komplikacji) było 36, z powikłaniami 40.

Rzeczączka w okresie ostrym trafia się niezmiernie rzadko w szpitalu, zwykle chorzy przybywają między 5, 6 dniem choroby a 10, 15—niekiedy i późniéj, gdy choroba dawno trwa, a komplikacje tak są dokuczliwe, iż nie pozwalają mu pracować. Zwykłe objawy, jak palenie przy urynowaniu, kłucie in *fossa naviculari* i przy ujściu cewki, upływ więcéj lub mniéj obfity, białawy, żółtawy lub zielonawy, stale miewały miejsce, niekiedy znów przychodziły częste pozywania do oddania uryny, zbrzęknięcie naczyń limfatycznych na członku, *phimosis* i *paraphimosis*, częste i bolesne wzwody prącia, zapalenie gruczołu krokowego, przyjądrza, jądra, zbrzęknięcie gruczołów pachwinowych, ropnie na międzykroczu, zapalenie szyi pęcherza i t. p.

Leczenie w okresie ostrym ograniczało się do użycia środków przeciwzapalnych; przy objawach boleśniejszych używałem ogólnych, ciepłych kąpieli, wewnętrznie kamfory, makowca (przy bolesnych wzwodach prącia.)

Gdy ustępowały objawy zapalenia, gdy silne palenie w cewce przechodziło w uczucie chwilowego kłucia, gdy oddawanie uryny stawało się łatwiejszém, jednem słowem, gdy z okresu ostrego rzerzączka przechodziła w okres płynienia, zwracałem się do użycia wstrzykiwań ściągających z ałunu, siarczanu cynku, chlorku cynku, octanu ołowiu, siarczanu miedzi, saletranu srebra i t. p. Z umysłu wyliczam w powyższym porządku niniejsze środki, stopień bowiem znoszenia ich przez błonę śluzową cewki jest nader odmienny, i gdy np. ałun błona śluzowa nader dobrze znosi, gdy można nawet większe jego ilości przepisywać przy dość mocnem podrażnieniu cewki, siarczan miedzi z powodzeniem można użyć tylko tam, gdzie objawy zapalne zupełnie nie istnieją, gdy wypływ jest nieobfity i rzerzączka od dawnego dość czasu istnieje. Nieracjonalne używanie wstrzykiwań, jak to się często trafia, powoduje właśnie ową wielką ilość spotykanych rzerzączek przewlekłych, katarów pęcherzy i t. p. cierpień. Rzadko w leczeniu rzerzączek zwracałem się do używania środków wewnętrznych. Co do powikłań (komplikacji) przy rzerzączce, takowych miałem 40, a mianowicie:

Balanitis (Balanopostitis) 5.—Phimosis 5. — Paraphimosis 2. — Orchiti et Epididimitis 20.—Prostatitis 2.—Cistitis 4.—Adenitis 2.

Balanitis najczęściéj zjawia się jako komplikacja rzerzączki; obserwowałem jednakże w ciągu roku 4 przypadki samego *Balanitis.* Nieczyste utrzymywanie się przy wrodzonym długim napletku, najczęstszą bywa przyczyną tego cierpienia. Użycie ściągających przymoczek z ałunu lub tanniny prędko leczy owo cierpienie, w razie nadżarć na błonie śluzowéj żołędzi i napletka stosuję roztwór saletranu srebra.

Phimosis i Paraphimosis wymaga natychmiastowego odprowadzenia. W paraphimosis dokonywam najczęściéj tego palcami, phimosis zaś operuję sposobem *Ricord'a* lub *Vidala.*

Orchitis et Epididimitis. W zapaleniu przyjądrza i jądra używam maści szaréj naprzemian z kataplazmami, w wypadkach wielkich boleści stosuję nakłucia jądra, przy stwardnieniach zaś samych posiłkuje się smarowaniem tinkturą i maścią jodową.

W zapaleniu gruczołu krokowego (prostatitis) zwracam się do ogólnych kąpieli ciepłych, pijawek, lewatyw i narkotyków do wewnątrz.

W zapaleniu pęcherza *(cistitis)* kąpiele ogólne siedzeniowe, kataplazmata, wewnętrznie zaś kamfora, opium, znajdują swe zastosowanie; w przypadkach zapalenia szyi pęcherza połączonego z krwawieniem *(haematuria)* z bardzo dobrym skutkiem używałem mixtury *Chopart'a.*

Rzerząaczek w okresie przewlekłym było 8, wszystkie one datowały się od bardzo dawnego czasu, pięciu, ośmiu lat. Wstrzykiwania z saletranu srebra dawały bardzo dobre rezultaty. Przy zwężeniach cewki stosowałem stopniowe zaprowadzanie kateterów metalicznych. Zwężeń zupełnych wymagających operacji miałem 2 przypadki, w obu razach operacja wykonaną była sposobem *Maissonneuve'a.*

Ropa rzerzączki, przeniesiona na błonę łączną oka, sprowadza znane wszy-

stkim zapalenie powiek *conjunctivitis blennorragh;* wypadków takich w ciągu roku miałem 3, wszystkie przy staranném, dwa razy na dobę powtarzaném tuszowaniu kamieniem piekielném, przy użyciu pijawek na skronie, wezykatorji na kark i silnéj rewulsji na kanał pokarmowy, skończyły się pomyślnie·

Condylomata acuminata (végétations) trafiają się bardzo często w szpitalu, 6 razy obserwowałem takowe ogromnéj wielkości (jak śliwki); uważając objaw ten jako miejscowy przerost gruczołów błony śluzowéj, stosowałem również tylko środki lokalne, a odpowiednio do wielkości lepieży używałem jednocześnie tuszowania tinkt. jodową i przypalania kamieniem piekielnym, lub wycięcia i przypalenia.

Wrzodów przymiotowych w ciągu roku obserwowałem 61 z tego miękkich 36, twardych 25. Z 36 wrzodów: miękkich fagadenicznych było 6, gangrenowych 2; z ropieniem gruczołów pachwinowych bubones 11, z phimosis 4, paraphimosis 3.

Wrzody miękkie obserwowałem jedynie na częściach płciowych. Najczęściéj istniały one na błonie śluzowéj napletka i w samym rowku. Spotykałem je także dość często na skórze członka, rzadko niezmiernie wrzody takie były pojedyncze, zwykle występują one w liczbie 2, 3, a niekiedy bywa ich do 6;—brak czystego utrzymywania się jest głównym powodem powstawania ich w większéj ilości, widać bowiem wyraźnie u jednego i tegoż samego indywiduum, jak jedne są już na zabliźnieniu, gdy drugie dopiero powstają.

Miejscowe leczenie moje ograniczało się na zaleceniu czystości, applikowaniu słabéj solucji saletranu srebra, tuszowaniu w końcu in substantia lapisem lub siarczanem miedzi.

W powikłaniach wrzodów, a mianowicie we wrzodach fagadenicznych i gangrenowych (Ulcera phagadenica et gangrenosa) używałem ks. karbolowego (1 część na 3 oleju).

W przypadkach wrzodów połączonych z ropieniem gruczołów limfatycznych miejscowo zastosowywałem przestrzykiwania i przymoczki z ks. karbolowego (31 fut.); wewnętrznie, mianowicie przy długotrwałych ropieniach używałem środków wzmacniających.

Wrzodów twardych było jak to już wyżéj wzmiankowałem 25: z tego na częściach płciowych 22, na wargach 3, z phimosis 2, z paraphimosis 1.— Leczenie miejscowe we wrzodach twardych ograniczało się do przykładania solucji słabéj saletranu srebra; w wypadkach istnienia objawów zwiastunowych (stad. prodromorum) choroby przymiotnéj podawałem jodek potassu w roztworze; nigdy zaś, przy samem jedynie stwardnieniu wrzodu, nie uciekam się do wewnętrznego użycia rtęci, prócz nielicznych wyjątków nader dużego stwardnienia, ogromnie dokuczliwych objawów zwiastunowych.

Z objawów wtororzędnych i tak zwanych przejściowych mieliśmy następne:

Condylomata humida 38.—Syphilis cutanea 18.—Ulcera pharyngis 3—Onyxsis 2.—Iritis 4.—Sarcocele syph. 3.

Choroby przymiotnéj trzeciorzędnéj mieliśmy przypadków 8—z tego: Tuberculsyph. 4.—Exostoses 2.—Caries et Necrosis 2.

Leczenie ogólne, jakiego używałem w chorobie syfilitycznéj, rozdzielić mogę na *proste i mięszane* na *zewnętrzne i wewnętrzne.* Kuracja prosta polega na użyciu wyłącznem rtęci, lub jodu; rtęci używałem w *chorobie wtororzędnéj*; przy objawach jawiących się na skórze i błonach śluzowych, preparatami jakiemi się posiłkowałem, były: *protojoduretum hydrarg*, *sublimat* i *Unguentum cinereum* (maść szara), (ta ostatnia przy frykcjach); *jodek potassu* podawałem w okresie zwiastunów (stad. prodromorum) i w formach 3 rzędnych skórnych.

Formy przymiotu przejściowe, jak: iritis, sarcocele, onyxis leczą się wybornie przy użyciu metody mieszanéj. Leczenia sposobem endermatycznym nie używałem. Zalecenia Dr. *Levin* z Berlina nie są dość zachęcające pod tym względem, 2 razy widziałem recydywy w zbyt krótkim czasie po injekcjach samego *Levina.*

Co do środków miejscowych, te stosuje odpowiednio objawom: *lepieże wilgotne* (condylomata humida) przypalam jednocześnie tinkt. jodową i kamieniem piekielnym; wrzody powstałe na skórze (w formach 3 rzędnych) opatruje ks. karbolowym, w zapaleniu tęczy wkraplam atropinę i t. p.

Z chorych wenerycznych w ciągu roku zmarło 2—z tych jeden nazwiskiem Puławski dotknięty był gangreną całego członka (ulcus gangr. virgae), z którą przybył do szpitala w dniu 20 choroby, mając puls 120 na minutę i silne, często się powtarzające dreszcze; zmarł drugiego dnia wskutek ropnicy. Drugim chorym, któren również zmarł, był 40 letni czeladnik szewcki *Walkiewicz.* Cierpiał on chorobę przymiotu od lat 8, nigdy jednakże na swe przeróżne objawy występujące, to na skórze, to na błonie śluzowéj gardła, żadnéj kuracji nie używał i przybył do szpitala ze zgorzelą kości ramieniowéj na znacznéj przestrzeni i z ogromnemi wrzodami na skórze ramienia prawego i plecach, ogromne ropienie wkrótce wywołało ogólny upadek sił i śmierć.

(*Dokończenie nastąpi.*)

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

LITERATURA POLSKA.

„Gazeta Lekarska." (Spraw. Markiewicz).

Przystępując do sprawozdania z wydawnictwa „Gazety Lekarskiéj" chcemy postąpić sobie podobnie jak przy sprawozdaniu z krakowskiego „Przeglądu" to jest, ograniczyć się na przeglądzie bardziej szczegółowym z kwartału ostatniego—prace zaś z 2 kwartałów poprzednich, tylko jak najkrócej wymienić lub streścić. Jedyny wyjątek stanowić będą artykuły większéj naukowéj wagi.

Na wstępie zwracamy uwagę na rozszerzenie programu wydawnictwa *Gazety Lek.*, która od jakiegoś czasu zamieszcza prace należące do działu nauk przyrodzonych, fizjologji

ogólnéj i t. p. Tu należą prace: *O oznaczeniu równoważnika białka* przez Alfreda *Fuchs'a* studenta wydz. fizyko-mat. (Nr. 36 i 36. T. IV); [1]) autor opisawszy dokonane przez siebie liczne i pracowite obliczenia podług wskazówek innych badaczy, kończy tem, że „za mało jest danych by można było zawnioskować coś stanowczego o równoważniku i o budowie dwóch powyższych związków" (chloroplatynianu białka i białkanu srebra). *O własnościach optycznych barwnika krwi* przez pf. F. *Nawrockiego* (Nr. 39. T. IV). Jest to artykuł oparty na badaniu barwnika krwi przy pomocy spektroskopu. *Zapłodnienie u paproci* przez E. *Strasburger'a* docenta szk. gł. (Nr. 6. T. V). *O ruchach gwiazdowatych komórek barwnikowych i o zależnych od nich zmianach koloru skóry u żab* skreślił T. *Hering*, student wydz. lek. podług własnych doświadczeń (Nr. 17, 20 i 21. T. V). *O zieleni* (*chlorophyllu*) przez T. *Łuniewskiego* stud. wyd. lek. (Nr. 19—T. V.).

Oceniamy dobre chęci *Gaz. Lek.*, która w braku u nas specjalnéj publikacji naukom przyrodzonym poświęconéj, ułatwia młodym naszym badaczom ogłaszanie ich prac naukowych. Nie powiemy jednak, by to było bardzo korzystnem dla prenumeratorów *Gaz. Lekarskiéj*, których większość do ciała lekarskiego należy. Badania na polu fizyki, chemji, fizjologji ogólnéj, są ze wszech miar zajmujące i do pewnego stopnia niezbędne dla każdego lekarza; ale, ze względu na ogrom pracy zawartéj w programacie obowiązującéj nauki lekarskiéj, powyższe pomocnicze przedmiota powinny być lekarzom podawane w formie o ile możności skróconéj i przystępnéj. Tym warunkom nie czyni zadosyć żadna z prac wyżej wspomnianych i dlatego małą korzyść odniosą ich autorowie, gdyż zaręczamy, że niewielu znajdą, nawet między naukowo prawdziwie wykształconemi lekarzami, kompetentnych sędziów do ocenienia ich naukowéj pracy. My, niechcąc przekraczać zakresu naszego lekarskiego czasopisma, ograniczamy się na uznaniu wysoko naukowego kierunku wydziałów fizyko-matematycznego i lekarskiego Szkoły Głównéj, którego to kierunku najlepszem świadectwem są zajmujące wyżej wymienione prace.

Zdaje nam się, że przy coraz większém budzeniu się u nas samodzielnych badań i poszukiwań na polu nauk przyrodzonych i fizjologji ogólnéj, słusznémby było wydawanie osobnego rocznika (na wzór krakowskiego), w którymby prace tego rodzaju nie tylko stosowne miejsce znaleść mogły, ale nadto sama forma książkowa ułatwiałaby im wstęp w sfery naukowe w kraju i zagranicą. Zdaniem naszem, w roczniku takim dozwolonem być powinno umieszczanie wyłącznie oryginałych artykułów, opartych na własnych eksperymentach czy obserwacjach, przy czem powinno być zostawionem do woli autora w jakim zechce pisać języku. Używanie języka polskiego w pracach prawdziwą doniosłość naukową mających, zamyka im wstęp za granicę kraju. A niechaj się nikt nie łudzi myślą, że naukowa praca jakiéjś jednostki lub szkoły, oderwana od całoświatowéj pracy, może istotną wyższą korzyść przynieść dla rozwoju scientyficznéj prawdy.

Wracamy do naszego sprawozdania.

Niezaprzeczenie największéj naukowéj wagi w tomie IV *Gaz. Lek.* jest praca D-ra *Wolfring'a: Przyczynek do patologji zwyrodnienia ziarnistego łącznicy* (*trachoma*)—zamieszczony w Nr. 46, 50, 51 i 52 i ozdobiony wybornie odbitą tablicą rysunków. Autor, będący lekarzem oddziału chorób ocznych w szpitalu ujazdowskim, miał pole do licznych badań tak klinicznych jak i anatomo-patologicznych nad trachomatem. Własne mikroskopowe badania autora, poparte umiejętną pomocą prof. *Hoyer'a*, pozwoliły na wniknięcie w szczegóły histologji tak normalnéj jak i patologicznéj łącznicy oka. Mimo jednak tych sprzyjających okoliczności, mimo że przedmiot sam przez się do najciekawszych dla każdego lekarza należy, artykuł jednak autora nie budzi takiego zajęcia jakby ze względu na przedmiot spodziewać się było można. Powodem tego jest brak gładkości stylu, niektóre niewłaściwości w terminologji i zupełne nieuporządkowanie przedmiotu. Nie jesteśmy zwolennikami opracowań zaczynających się od części historycznéj u Hebrajczyków, Indjan itd. a kończących się czczym ja-

---

[1]) O pracach dotyczących tego przedmiotu, znajdą czytelnicy wiadomość w naszym referacie z dzieł chemji fizjologicznej, z r. 1867.

kim epilogiem. Ale dobro nauki wymaga by każdy nowy lub z nowego stanowiska traktowany przedmiot, przedstawiony był w porównawczém zestawieniu przynajmniej z współcześnie panującemi o nim wyobrażeniami innych badaczy, by tem samem czytelnik mógł ocenić co w danéj pracy jest nowo zdobytą nowością, co rozszerzeniem dawniejszych wiadomości a co własnością poprzedników. Również koniecznem jest, by w końcu ściśle naukowéj pracy w krótkich wynikowych zdaniach, sam autor wyrzekł do jakich rezultatów naukowych doprowadziły go jego badania. W pracy o któréj tu mówić chcemy, oba te wymagalne warunki porządnéj roboty pominięte zostały i dla tego chociaż pojedyncze szczegóły prawdziwy budzą interes i uszanowanie dla wytrwałéj i sumiennéj pracy autora, to jednakże całość nosi na sobie cechy niewytrawności, chaotyczności niewłaściwych powadze przedmiotu.

Autor w początku swéj pracy oświadcza iż ,,liczne wypadki—jego—badań . . . . . . są niedostateczne do uzupełnienia braków jakie istnieją w tym względzie." Szukając tych *wypadków* badań autora, zdaje się że się nie pomylimy streszczając je w ten sposób (odnośnie do trachomatu): Wszelkie patologiczne ziarniste utwory, które dotychczas za rozmaite formy trachomatu i jako rozmaitego pochodzenia uważano, są jednéj i téj saméj natury i powstają pod wpływem tych samych okoliczności a mianowicie: pod wpływem przekrwienia łącznicy;—białe ciałka krwi, które i w stanie normalnym emigrują z naczyń łącznicy i już to jako wędrujące ciałka limfoidne w jéj tkaninie napotykane bywają, już też przenikając warstwę jéj nabłonkową jako ciałka śluzowe ze łzami się mieszają, białe te ciałka krwi (jak się przekonał autor drażniąc łącznicę powiekową żab po poprzedniem wpuszczeniu barwnika do worka limfatycznego zwierzęcia) podczas przekrwienia *resp.* rozszerzenia naczyń w łącznicy, emigrują w daleko większéj ilości i stanowią patologiczny produkt właściwy katarom i śluzotokom. Też same elementa emigrujące powodują zgrubienie łącznicy a w szczególności nabrzmienie jéj brodawek w stanach chronicznego podrażnienia, wreszcie one to także, skupione w ograniczone ogniska (ziarna), tworzą ziarnistości (gruczołki, torebki) trachomatyczne.

Autor jak widzimy skorzystał z odkrycia *Cohnheim'a* (które sam niejednokrotnie stwierdził) i oparł na niem swoją teorję trachomatu. Jeżeli się nie mylimy jest to pierwsza próba poczytania nowotworów (ziarn trachomatycznych) pewną trwałość posiadających za produkta pochodzenia waskularnego,— pierwsza próba mająca na celu zachwianie cellularnéj teorji neoplasmatów na korzyść teorji waskularnéj. Pierwszą i jedyną przyczyną powstawania nowotworów trachomatycznych, podług teorji autora, musi być jedynie zachowanie się naczyń krwionośnych łącznicy.

Nie sądzimy jednak, by nie dosyć jasno wyłuszczone wypadki poszukiwań autora mogły istotnie stanowić podstawę nowéj *teorji.* Wnioski jakie z pracy jego wyprowadzić się dają posłużyć mogą jedynie do postawienia przypuszczeń.

Oto wątpliwości jakie nam się nasunęły co do słuszności ostatecznych wniosków autora: podrażnienie łącznicy prowadzi za sobą przekrwienie *resp.* rozszerzenie jéj naczyń, za tem idzie anormalnie powiększona emigracja ciałek białych do tkaniny łącznicy i dalej przechodzenie ich pod postacią śluzu na powierzchnię jéj nabłonka. Otóż też same momenta, które zwiększają odpływ emigrujących ciałek, mają się również przyczyniać do ich trwałego nagromadzenia się i skupienia w tkaninie łącznicy pod formą ziarn trachomatycznych. Jeżeli istotnie patologicznie wydzielany śluz, przy katarze łącznicy jest produktem emigracji ciałek białych, to nie pojmujemy czemu by te ciałka w razie długotrwałego kataru miały w dwojakiéj i zupełnie różnéj jednocześnie występować roli, by jedne z nich przenikały warstwę nabłonka i ginęły na jego powierzchni, drugie zaś tego samego pochodzenia i budowy, posiadały możność sadowienia się i skupienia w długotrwałe nowotwory. Zresztą zdarzają się przypadki, jak sam autor przyznaje, w których powstawanie ziarn trachomatycznych nie jest poprzedzone wyraźnym katarem łącznicy. Tu więc emigrujące ciałka krwi posiadaćby musiały wrodzoną już, że tak powiem, skłonność do trwałego bytu po wyjściu z naczyń do tkaniny łącznicy. Takie przypuszczenie stawia nas na niebezpiecznéj pochyłości prowadzącéj wprost do humoralnéj patologji—może do trachomatycznéj diatezy czy dyskrazji.

Prócz téj głównéj wątpliwości napotykamy bardzo wiele innych, które jednak w naszem ogólnem sprawozdaniu za wieleby miejsca zajęły.

Autor sam zdaje się widzieć słabe strony swéj hypotezy, gdyż, mówiąc o naturze ziarn trachomatycznych, rozmaitych używa określników. Tak raz mówi o „*nowotworach* trachomaicznych” drugi raz powiada, że „w zwyrodnieniach trachomatycznych..... stanowi (—między innemi—)... większa *hyperplasia* pierwiastków komórkowych,” Tymczasem trzymając się jego poglądu nie są to nowotwory, tem mniej może być mowa o hyperplazji a najstosowniej byłoby użyć określenia: produkta emigracyjne, gdyż wyraz wysięk (także przez autora użyty) inną w wyobrażeniu naszem rzecz stanowi.

Autor sam bynajmniej zdania swego stanowczo nie wypowiada, nie zaprzecza „możności mnożenia się tych pierwiastków za pomocą bujania” *zdaje mu się* jednak „iż główną jego przyczyną jest przesiąkanie ciałek limfoidnych przez ściany naczyń włosowych i drobnych żył.”

Przypomną sobie może czytelnicy nasi, że zdając im sprawę z dzieł histologicznych z r. 1867 (*Klinika Nr.* 10. T. 3), wspomnieliśmy tam o pracy *Blumberg'a* [1]), która, o ile wiemy, na rok przynajmniej przed ogłoszeniem pracy p. *Wolfring'a* wyszła z druku. *Blumberg* uważa torebki (ziarnistości, ziarna, gruczołki) trachomatyczne jako „*circumscripte Hyperplasien der in adenoidem Gewebe präexistirenden lymphoiden Zellen*”;— a więc widzi w nich nowotwory pochodzące z hyperplazji limfoidnych komórek, *präexystujących* w każdéj normalnéj łącznicy. Z całego sprawozdania pracy *Blumberg'a*, które mamy przed sobą, wnieść można, że badacz ten już przed pracą naszego autora zapatrywał się na trachomat w ten sam sposób co ten ostatni, z wyjątkiem tylko ostatecznego pochodzenia elementów komórkowych w skład ziarn trachomatu, wchodzących, w téj mierze zaś nasz autor mniej blizkim zdaje nam się być prawdy aniżeli *Blumberg*.

Najcenniejszą niezawodnie częścią pracy naszego autora jest doskonałe zbadanie i odrysowanie stosunków naczyń krwionośnych w normalnéj łącznicy. Ciekawych czytelników musimy jednak w téj mierze odesłać do oryginału, gdzie ich sam rysunek najlepiej objaśni. Dziwimy się tylko że w tak szczegółowym opisie histologicznéj budowy łącznicy, jaki nam autor na wstępie swéj pracy podaje, nie znajdujemy nawet wzmianki o normalnych gruczołach, (torebkach) lymfatycznych téj błony, które nie zdają nam się być bez znaczenia, właśnie ze względu na histologję trachomatu.

W końcu wyrazić musimy życzenie, by ktoś specjalniéj od nas zajmujący się danym tu przedmiotem zajął się i rozbiorem pracy, która—pominąwszy ostateczne wnioski autora, do rzadkich a naśladowania godnych na polu naszéj literatury lekarskiéj należy.

(*D. c. n.)*

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Posiedzenia Towarzystw Naukowych.

Paryż. (Spraw. **G. Lewandowski** z Radomia). **Towarzystwo chirurgiczne.**

Na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgicznego w Paryżu, w dniu 14 Października roku 1868-go P. *Verneuil* zakomunikował historję obserwowanej *coxalgii* z ropieniem i w skutek tej wykonaną rezekcję części kości biodrowej. Przed dwoma laty przybył do niego męczyzna, lat 23, z początkującem zapaleniem stawu biodrowego, *Verneuil* zalecił mu zupełny spoczynek i unieruchomił członek chory, najprzód za pomocą apparatu *Bonnet'a*, a potem apparatu nieruchomego i około połowy roku 1867 uważał go jako wyleczonego, gdyż obydwa członki miały pozycję symetryczną z lekkiemi tylko śladami zboczenia. W kilka miesięcy potem, t. j. w początku roku zeszłego, chory powrócił do szpitala z cierpieniemi

---

[1]) Ueber die Augenlider einiger Hausthiere mit besonderer Berücksichtigung des Trachoms. Inaug. Abhandl. 8. 64 p. Mit. 1 Tafel. Dorpat.

mocnemi w tychże samych miejscach, które przy nacisku na wielki trochanter lub na podeszwę nogi bardzo się wzmagały. *Verneuil* wniósł z tego, że kości były cierpiące. Zastosował łupki druciane i bandaż z waty. Bóle uspokoiły się, ale wkrótce potem musiał odstąpić od tego apparatu, a zastosować rynienkę drucianą *Bonnet'a*. Na wiosnę zauważył w kilku miejscach fluktuację. Wezykatorje, pędzlowanie tynkturą jodową, zawłoki, wstrzykiwania jodowe, sprowadziły znaczne polepszenie. Spostrzegł jednakże w tej epoce podniesienie się w górę wielkiego trochantera i widoczne skrócenie członka. Chory chudł, przystąpiło obrzmienie członków dolnych i siły widocznie się zmniejszały, organa jednakże wewnętrzne wszystkie były zdrowe. W tym stanie rzeczy, p. *Verneuil* zdecydował się w ostatnich dniach Września zrobić rezekcję górnej części kości udowej. Ułożywszy udo we fleksji i addukcji, odpiłował kość piłką zwyczajną, bo trudnem było przeprowadzenie piłki łańcuszkowej. Jamę stawową znalazł obnażoną, pokrytą w części naroślami, główka kości była w położeniu subluxacji. Aby zmodyfikować narośle kauteryzował takowe, a podczas całej operacji podwiązał tylko jednę małą arteryjkę. Potem umieścił członek w rynience *Bonnet'a* z otworkiem na boku, lecz nie zbliżał do siebie powierzchni. Ognisko chorobne było obszerne, jednak bez zatok pomiędzy muskułami uda. Nazajutrz po operacji chory miał się dobrze, lecz 3-go dnia zauważano, że cały członek, który był już nabrzmiałym zaczerwienił się i bolał mocno; 4-go dnia chory umarł. Dreszczów wcale nie obserwowano. Autopsia pokazała *phlegmone diffusa* na całej nodze. Żyła udowa zdrowa nie zawierała skrzepów. Organa wewnętrzne wszystkie zdrowe, wyjąwszy tylko wątroby, która przedstawiała degenerację tłuszczową i krochmalikową. *Verneuil* sądzi, że wykonał operację zapóźno i że mógłby był spodziewać sie dobrego skutku, gdyby był wykonał ją w Sierpniu. Zwrócił uwagę Towarzystwa na dwa punkta. Sądził, że jeźli chory członek dosyć wcześnie umieści się w dobrej pozycji równoległej do członka zdrowego, za pomocą apparatu *Bonnet'a*, to główka kości udowej nie wyjdzie z jamy stawowej. Przekonał się, że skrócenie istotne, które w tego rodzaju przypadkach występuje, zależy od wtłoczenia górnej części jamy stawowej i spłaszczenia samego brzegu obwodowego jamy, co ułatwia wysunięcie główki kości udowej na zewnątrz stawu. Historja ta wywołała dyskusję. *Chassaignac* zapytawszy, czy najprzód odpiłowano kość podług jego wskazówek, a potem dokonano dezartykulacji, gdy otrzymał potwierdzającą odpowiedź, wskazał użyteczność tego postępowania, w którem wystarcza jedno cięcie w częściach miękkich. Co zaś do zarzutu, że w takim razie nie można oznaczyć dobrze w jakiej rozciągłości zmiany chorobne kość zajmują, a przez to dokonywa się odcięcia w miejscu źle oznaczonem względnie do procesu chorobnego w samej kości, to *Chassaignac* utrzymuje, że odjąć większą lub mniejszą część kości, zależy zupełnie od woli operującego i potrzeby, a w każdym razie ta droga postępowania ułatwia operację i na mniejszy daleko naraża traumatyzm, co ważnem bardzo jest we wszystkich operacjach, a szczególniej w rezekcjach. P. *Panas* utrzymuje, że skrócenie nogi, pomimo ułożenia równoległego, może nastąpić z dwóch przyczyn, albo 1^0 w skutek zaniku kości, albo 2^0 w skutek pseudo-luxacji, to jest podniesienia się główki kości udowej w jamie stawowej, która się powiększa, albo też obydwóch przyczyn jednocześnie. Sądzi razem z *Bonnet'em*, że umieszczając członek w położeniu równoległem, zapobiega się luxacji kompletnéj, to jest takiéj, gdzie główka kości wychodzi z kapsułki stawowéj. P. *Marjolin* zwrócił uwagę na to, że gdy obiedwie powierzchnie stawowe są zmienione w swojej formie, wtedy pomimo apparatu *Bonnet'a* następuje skrócenie członka, w tym jednakże razie nie należy dokładać usiłowań aby go zrównać, bo przez to kładłoby się tamę wyleczeniu, jakie natura sama sprowadza, gdyż trzeba pamiętać, że w każdym razie przy zejściu szczęśliwém ruchy stawu są uniemożliwione.

Dr. *Ciniselli* z Kremony przesłał Towarzystwu Chirurgicznemu historję anewryzmatu aorty wstępującéj, wyleczonego za pomocą galwano-punktury. Męczyzna wieku lat 46, dobréj konstytucji, nie przechodził innych chorób, jak tylko reumatyzm stawów i zapalenie błony wewnętrznéj serca w roku 1863. W r. 1866 zaczął doznawać bolów z pulsacjami w prawéj stronie piersi i łatwo bardzo męczył się przy swoich zajęciach. W początku roku 1868 do powyższych symptomatów przyłączyła się duszność i częste odchodzenie od przytomności, pulsacje stały się widocznemi przy dotknięciu i uformował się w tem miejscu rodzaj

guza. W końcu, bezsenność i niemożebność pracy zmusiły chorego wejść do szpitala. Gdy chory stoi, widocznym jest po prawéj stronie mostka guz zaokrąglony, pulsujący, wzniesiony na 1 centimetr nad powierzchnię klatki piersiowéj, mający 6 centimetrów w wymiarze poprzecznym, mniej w podłużnym, ograniczony 3-im i 4-ym żebrem. Zresztą, z ogółu symptomatów których tu przytaczać nie będziemy, zgodzono się, że chory cierpi na anewryzmat części bocznéj arterji wstępującéj, który zdecydowano się leczyć za pomocą galwano-punktury. P. *Ciniselli* zapewnił, że metoda, którą w tym razie zastosuje, uchroni od niebezpiecznych przypadłości, jakiemi są przy galwano-punkturze zapalenie i zgorzelina. Operacja była zrobioną 30 Lipca. Trzy igiełki stalowe wypolerowane, grubości milimetra, zostały zanurzone w 3-éj przestrzeni między-żebrowéj, pierwsza w odległości 1 ½ centimetra od mostka, druga na zewnątrz od poprzedniéj w odległości dwóch centimetrów, 3cia na zewnątrz od drugiéj i w tejże od niéj odległości; anewryzmat pulsujący wstrząsał niemi gwałtownie. Strumień elektryczny pochodził ze stosu o kolumnie z 30-tu par kwadratowych, bok kwadratu 10 centimetrów, roztwór użyty nasycony był solą morską. Jest to apparat za pomocą którego najwięcej otrzymano dobrych rezultatów, a najmniej zdarzyło się niebezpiecznych przypadłości zapalnych. Aby uniknąć zgorzeliny z chemicznego działania strumienia, co jest komplikacją najniebezpieczniejszą przy galwano-punkturze, Dr. *Ciniselli* zaczął operację stosując reophor dodatni na jednéj z igiełek, a ujemny blizko tumoru na skórze, za pomocą flejtuszka napojonego wodą słoną. Następnie przeniósł reophor dodatni na inną igłę, a ujemny na igłę poprzednio już poddaną działaniu bieguna dodatniego i tak dalej, w ten sposób, że każda z igiełek była poddaną działaniu obydwóch biegunów. Ukwaszanie igieł i krwi, przez działanie bieguna dodatniego, które widocznem jest z małego czarnego kółeczka około zakłucia, tworzy powłokę nieprzepuszczalną i ogranicza działanie strumienia, co dowiedzionem jest podług p. *Ciniselli*, tak przez doświadczenia jak i obserwacje kliniczne. Reophory umieszcza się w ten sposób, aby o ile możności oszczędzić choremu wstrząsnień. Doświadczenie nauczyło, że, aby korzystać z powłoki wyżej wspomnionéj około igiełki, używając apparatu dostatecznej siły do wywołania zakrzepu krwi, trzeba aby działanie strumienia na każdą z igiełek nie trwało dłużej nad 5 minut. Chcąc uniknąć reakcji za nadto silnéj, operacja nie powinna dłużej trwać nad pół godziny. Jednakże, z uwagi innych lekarzy, że skrzep mógłby się oddzielić i narazić chorego na skutki embolii, przedłużył *Ciniselli* działanie reophoru na każdą igiełkę do 10 minut, w celu wywołania silniejszéj adhezji między skrzepem i ścianą worka anewryzmatycznego. To postępowanie, które uchroniło od embolii, spowodowało kauteryzację elektro-chemiczną w miejscu zakłucia, lecz powierzchowną, nie wywołało więc ważniejszych następstw. Skóra pokrywająca guz, była czerwoną i nabrzmiałą. Wyciągnięcie igiełek było trudne i przykre, z przyczyny mocnego ich w skutek oxydacji przylgnięcia do tkanek przebitych. Pomimo tego, że naciskano skórę przy wyciąganiu igiełek, nie można było jednakże zapobiedz wylaniu się krwi w tkankę komórkowatą. Hemoragja niewielka ustała prędko po przyłożeniu kompressu, napojonego wodą ołowianą i pęcherza z lodem. Woda z lodem była podaną za napój. Uczucie palenia, które towarzyszyło operacji, ustało wkrótce. Pulsacje guza znacznie się zmniejszyły i chory się uspokoił. Egzaminując igiełki, można było rozpoznać, że umieszczona najbliżej mostka, była zagłębiona na 1 ½ centimetra w jamę anewryzmatu, przebiwszy tkanki stałe grubości 2-ch centimetrów, co poznaje się łatwo przez większy stopień oxydacji; igiełka środkowa była zagłębioną 3 ½ cent. w jamie, po przejściu przez tkanki grube na 1 cent., igiełka najwięcej na zewnątrz, zanurzyła się w jamie anewryzmatu 2 ½ cent. Reakcji ogólnej nie było, miejscowo wystąpiło nabrzmienie i zaczerwienienie skóry, które rozeszły się pod okładaniami lodem podczas dwóch dni i wodą ołowianą podczas następnych dni kilku. Gdy wylew krwi znikł i cała reakcja miejscowa ustąpiła, w 6 dni po operacji znaleziono guz obniżony i prawie na równi z klatką piersiową, trzecie tylko żebro zachowało nabyte wygięcie, przez które pulsacja była słaba i niewyraźna. W przestrzeni 3-éj między-żebrowej pulsacja była także słabą i głęboką, wprost przeciwnie jak przed operacją, a na 4-ym żebrze była zaledwie dostrzegalną. Chory nie doznawał żadnéj przeszkody w oddychaniu, mógł przyjąć pozycję horyzontalną, kładąc się na krzyżu i na bokach; czuł się jednakże lepiej na prawym boku. Odzyskał sen, którego nie miał od

2-ch miesięcy. Pomimo stanu tak zadawalniającego zalecono choremu pozostać w łóżku przez 3 tygodnie, używać digitalis, aby umiarkować ruchy cyrkulacji i jednocześnie podano mu dyetę odżywczą z mięsa, w celu nadania krwi jak najwięcej elementów plastycznych, koniecznych do sformowania się skrzepów potrzebnych do wypełnienia całego worka anewrymatycznego. Po upływie tego czasu, egzaminując chorego w pozycji stojącej, guz był cokolwiek wyższy, jak w 6 dni po operacji, pulsacja jego była widoczną i mniej głęboką w 3-éj przestrzeni między-żebrowéj; podmuch przy auskultacji był równie silny jak przed operacją. Gdy polepszenie utrzymywało się ciągle, chory, zadowolniony i z nadzieją zupełnego wyleczenia, opuścił szpital w 43 dni po operacji.

W 58 dni po operacji chory przedstawił się D-rowi *Ciniselli*, i ten znalazł wygięcie 3-go żebra zmniejszone i zredukowane prawie do stanu normalnego, guz prawie znikł, pozostało tylko lekkie nabrzmienie bez pulsacji widocznéj, którą jednakże można było czuć pod palcem na 3-im żebrze i w tejże przestrzeni między-żebrowéj podmuch bardzo niewyraźny. Chory prowadził ciągle życie spokojne i zachowywał dyetę pożywną, uskarżał się tylko na przypadłości artrytyczne, które i dawniej nigdy go nie opuszczały.

Wyegzaminowany w 66 dni po operacji, gdy przebiegł pieszo trzy kilometry, nie miał żadnej trudności w oddychaniu, pulsacja dawała się czuć w 3-éj przestrzeni między-żebrowéj lecz daleko głębiéj, podmuch prawie znikł, szmer pęcherzykowy w miejscu guza był jasniejszy. Wszystkie te zmiany każą przypuszczać, że worek anewryzmatyczny wypełnił się prawie zupełnie skrzepami, a pulsację przypisać trzeba nie rozciąganiu się i ściąganiu anewryzmatu, tylko uważać ją należy jako przeniesioną na guz z aorty, na której ma swoje siedlisko.

W 74 dni po operacji, chory czując się ciągle zupełnie dobrze, wrócił do dawniejszych swoich obowiązków furmana.

FARMACJA.

Jaki tran winien być używany w medycynie?

W numerach 4-tym *Kliniki* i 31—32 *Gazety Lekarskiéj* z roku bieżącego, prawie jednocześnie umieszczone były dwa artykuły, traktujące o tranie, które, jak to dowodzi porównanie ich treści, zaczerpnięte były z jednego i tego samego źródła; albowiem artykuły te zgadzają się w zupełności w opisaniu sposobu otrzymywania tranu na wyspach Lofodach, wnioski tylko w kwestji: jaki tran w medycynie powinien być używanym? są różne. Podług artykułu umieszczonego w *Klinice*, najwłaściwszym do użycia jest tran koloru *blado-żółtego*, zwykle *białym* zwany, otrzymany ze świeżych wątrób dorsza, ogrzanych za pomocą pary do temperatury 40—50^0 C. (metoda *Möllera)*; pan *Ziemiński*, autor artykułu w *Gazecie Lekarskiéj*, utrzymuje przeciwnie, iż skuteczniejszym od tranu białego ma być tran koloru żółto-czerwonawego, który równie sposobem *Möllera* za pomocą pary się otrzymuje, lecz dopiero po zebraniu tranu białego i przy wyższéj temperaturze.

Dowody na to ostatnie twierdzenie są zamknięte w następującym krótkim ustępie, który tu dosłownie (z dodaniem znaków zapytania) cytujemy: ,,w Szwecji, Danji i w saméj Norwegji, czyli w miejscach, gdzie cechy i własności tranu są bliżej znane, jak również i w innych krajach, pierwszeństwo w zastosowaniu leczniczem dane jest tranowi czerwonawemu, któremu przypisują znakomite lekarskie działanie z tego powodu, że biały tran jako z dobrowolnego wycieknięcia z wątroby pochodzący, a zatem w nizkiéj ciepłocie otrzymywany, mniej części składowych skutecznych posiadać może, (?) jak tran czerwonawy wyższą ciepłotą traktowany na parze, więcéj części rozpuszczalnych (?) żółci (?) i t. p. (?) zawierający. Ta przyczyna dowodnie tłomaczy (?) dla czego biały tran mniej nieporównanie właściwy smak i woń posiada, i jest mniej albo i wcale nieskuteczny—co również popiera (?) nieodżałowanéj pamięci prof. *Soubeiran*, który z właściwą sobie sumiennością i znajomością rzeczy zastanawiał się nad tym przedmiotem. Zdanie to, niezależnie od powyższego, wspiera

rozbiór tranu podany przez byłego profesora tutejszéj wszechnicy p. *Natansona*, który, między innemi częściami składowemi tranu, głównie podaje części składowe żółci, a te jak wiadomo, (?) mogą udzielać się bardziej (?) tranowi żółto-czerwonawemu, za pomocą pary otrzymywanemu, dla czego też taki tran łatwiej daje się absorbować. (?)

Z przytoczonego ustępu widzimy, że do części skutecznych tranu, p. *Z.* zalicza „części rozpuszczalne, żółć i t. p." Cóż to są za części rozpuszczalne, które mają się znajdować w większéj ilości w tranie czerwonym niż w białym? i jakie to są części które p. *Z.* obejmuje literami i t. p.? Że do ostatnich nie zalicza jodu i fosforu, wnosić można ztąd, że w innem miejscu sam przyznaje, iż tran za nadto jest ubogim w te pierwiastki; co się zaś tyczy żółci w tranie, to także p. *Z.* powiada (*Gaz. Lek.* Nr. 32 str. 501) że „odkładają się na stronę wątroby chude, ubogie w olej i małe, przyczem *oddzielają się pęcherze żółciowe* i dopiero tak przebrane przemywają się starannie od zanieczyszczeń krwi, skóry i t. p., następnie wprowadzają się do aparatu;" pokazuje się z tego, że części składowe żółci zawarte w tranie, pochodzić mogą tylko z téj małéj ilości żółci, jaka wypełnia nader ciasne przewody żółciowe wątroby. Co do twierdzenia, iż obok innych części rozpuszczalnych, i żółć w większéj ilości, (dla wyższéj temperatury) przechodzi do tranu żółto-czerwonawego, autor nie podaje żadnego dowodu. Można łatwo się przekonać, iż tran biały tak samo zawiera części składowe żółci jak tran żółto-czerwony, a to w następujący sposób: jeżeli na dwa szkiełka zegarkowe naleje się maleńką ilość obu gatunków tranu i do każdego doda się po kropli skoncentrowanego kwasu siarczanego, to natychmiast powstanie czerwono-krwiste zabarwienie, dowodzące (jak wiadomo) obecności żółci; zabarwienie to w obu gatunkach tranu występuje z jednakowem natężeniem.

Trudno zrozumieć, co to ma być za „właściwy smak i woń tranu," który ma stanowić oznakę skuteczności tranu, a na poparcie którego to twierdzenia p. *Z.* odwołuje się do *Soubeiran'a?* Autor ten wyraża się w tym względzie jak następuje: (*Traité de pharmacie* ed. V t. I pg. 389.): „Tran dorszów, jakiekolwiek byłoby jego zabarwienie, powinien mieć zapach podobny do śledzi i sardynek, w smaku nie powinien zostawiać uczucia ostrości," co więcej się zgadza z własnościami tranu białego, jak żółto-czerwonego. Ten sam autor powiada wprawdzie „że trany białe są prawie wszystkie blichowane przez kłócenie ich z wodą alkaliczną i filtrowanie przez węgiel i są prawdopodobnie najmniej skutecznemi," lecz takiego blichowanego tranu nie można porównać z tranem białym za pomocą pary w nizkiéj temperaturze otrzymanym, który obecnie w aptekach warszawskich się sprzedaje.

P. *Z.* dalej pisze (str. 503) „Rozbiór tranu jakościowy p. *Jongh*, jako powszechnie znany i niewiele objaśniający, pomijamy, będąc przekonania, że pod względem leczniczym tylko rozbiór ilościowy może rzetelnie coś nauczyć i wskazać; dla tego też ze skwapliwością podajemy takowy przez p. *Berthé*, lubo tylko z uwzględnieniem jodu i fosforu dokonany, przyczem pierwszego wspomniany analityk oznaczył w f. tranu około gran vj. drugiego gran jj." Ilość jodu i fosforu obliczona przez p. *Z.* z analizy p. *Berthé*, na sześć i dwa grana, zdaje nam się być za wielką, przynajmniej *Soubeiran*, który o téj analizie wspomina, mówi „p. *Berthé* znalazł w kilogramie tranu 31 centigramów jodu i 11 centigramów fosforu." W jednym więc funcie lekarskim równym 357 gramom będzie około 11 centigramów jodu, co równa się 1,77 grana lekarskiego. Fosforu w 357 gramach będzie prawie 4 centigramy, co równa się 0,64 grana.

Nadmienić tu jeszcze wypada, że analiza tranu *De Jongh'a* bynajmniej nie jest jakościową, chociaż ją *Soubeiran* jako taką podaje; *Wiggers* i *Berg* w swoich Farmakognozjach podają bowiem szczegółowy rozbiór *ilościowy* tranu dokonany, przez *De Jongh'a*.

Przy końcu swego artykułu p. *Z.* mylnie twierdzi, iż otrzymywanie tranu w nowszych czasach uskutecznia się powszechnie podług metody *Möller'a;* albowiem liczba 25,000 beczek tranu produkowanego na Lofodach odnosi się do ogólnéj produkcji, a nie do ilości tranu otrzymanéj podług metody *Möller'a*, gdyż w artykule oryginalnym powiedziano (zaraz poniżej ustępu, w którym mowa o produkcji tranu) że: „ceny tranu w ostatnich dwóch latach nie były dość korzystne, aby zachęcać do otrzymywania tranu wyborowego na wielką skalę," a zdaje się, że liczba 25,000 beczek czyli około 6,142,500 funtów rossyjskich nie

przedstawia małéj produkcji. Można więc z tego wnosić, że największa część tranu żółto-czerwonego w handlu znajdująca się, otrzymuje się jeszcze podług sposobu po największéj części w Norwegji praktykowanego, t. j. ze starych, nadpsutych wątrób, za czem też i zapach przykry tegoż tranu przemawia; zresztą ilość tranu żółto-czerwonego sposobem *Möller'a* otrzymana, jeszcze i z tego powodu nie może być wielką, gdyż 3 beczki wątrób wydają 1 beczkę tranu białego, a tylko pół beczki ciemniejszego.

Rozstrzygnięcie kwestji, które części tranu głównie są skutecznemi, należy zresztą podług naszego zdania zostawić lekarzom. Ograniczamy się tu na cytowaniu znanej powagi *Buchheim'a* (*Lehrbuch der Arzneimiltellehre* ed. II str. 373.) ,,przypisywano skuteczność tranu, to częściom składowym żółci, to małéj ilości jodu w nim zawartéj; gdyby zdanie to było uzasadnionem, byłoby bez wątpienia lepiej nie używać tranu, tylko takich preparatów, które zawierają te części skuteczne w większych i stalszych ilościach."

Jeżeli więc tran biały parą otrzymany różni się od innych jego gatunków, tylko mniej obrzydliwym smakiem i zapachem (cena jego bowiem w Warszawie jest mało co wyższą od téj tranu czerwonego), przez co staje się znośnym dla takich nawet osób, które nie mogły przezwyciężyć wstrętu do tranu czerwonego, to zdaniem naszem nie ma żadnéj zasady do twierdzenia, że tran biały parą otrzymany jest ,,mniej lub i wcale nieskuteczny.

E. Werner.

DROBNIEJSZE WIADOMOSCI.

Ostra gruźlica naczyniówki oka [1]). Pierwszą obserwację ostréj gruźlicy w naczyniówce oka dyssekowanego winniśmy *Manz'owi*, który takową jeszcze w 1858 r. drukiem ogłosił. Tenże sam badacz widział następnie dwa podobne przypadki, a *Busch*—jeden, aż *Cohnheim* dowiódł, że gruźlica naczyniówki jest bardzo zwykłym objawem tuberculosis miliaris, rozsianéj w różnych organach ciała. *Mauthner* w bardzo wielu razach stwierdził podania *Cohnheim'a*. Tak więc, gruźlica naczyniówki oka, jest już teraz faktem nowo dla nauki nabytym.

Zwykle oba oczy są tą chorobą dotknięte; zdarza się jednak i jednostronne porażenie (*Cohnheim*). W oku może się znajdować tylko jeden gruzełek, częściéj jednak widziano ich więcéj, 4, 12, 20 (*Busch*) a nawet przeszło 50 (*Cohnheim*). Jeżeli ilość ich niewielka, to siedlisko swe mają zwykle w okolicy wejścia nerwu optycznego i plamki żółtéj, nie dochodzą jednak do części równikowéj oka. Wielkość gruzełków bywa różną; czasami są tak małe, że zaledwie spostrzegać się dają, to znów średnica ich dochodzi do $2\frac{1}{2}$ mm. (*Cohnheim*). Tylko większe (przynajmniéj 0,6 mm. średnicy mające) wystają po nad poziom naczyniówki i to zawsze na jéj powierzchni wewnętrznéj, tak, że siatkówka może się już wypuklać gdy tymczasem zewnętrzna powierzchnia naczyniówki jest jeszcze zupełnie gładka i niczem nie zdradza obecności gruzełków. Gruzełki, 1 mm. średnicy mające i większe, tworzą wypuklenie i na zewnętrznéj powierzchni naczyniówki a nawet odciskają się na wewnętrznéj powierzchni twardówki (*Cohnheim*). Małe gruzełki są szare, galaretowate, przeświecające; większe przedstawiają w śródku mętny, biały punkt. W budowie miskropowéj zgadzają się zupełnie z gruzełkami w innych organach. Pierwotnie rozwijają się in membrana chorio-capillari, następnie dopiero rozrastają się naprzód i ku tyłowi (*Busch*, *Cohnheim*). Małe gruzełki pokrywa zupełnie warstwa nabłonkowa naczyniówki; przy większych nabłonek pigmentowy ulega przemianie w kolorze; gruzełki przezeń przeświecają; a gdy wielkość ich dosięgnie $1\frac{1}{2}$ mm. nabłonek zupełnie znika i powierzchnia gruzełków przedstawia się obnażoną; tylko u podstawy gruzełkowéj wyniosłości bywa ciemny rąbek.

Za życia ostrą gruźlicę naczyniówki za pomocą wziernika ocznego rozpoznawali pierwsi *v. Graefe i Leber*. Gruzełki pod oftalmoskopem przedstawiają się pod postacią

---

[1]) Zobacz podobny referat: *o gruzełkach naczyniówki oka* (*Klinika* T. III, str. 170). (*P. R.*).

bladych plam; kolor pigmentu naczyniówki na brzegach tych plam jest więcéj saturowany i powoli przechodzi w normalne dno oczne; przy pewnéj wielkości gruzełków można nawet rozpoznać ich wypukłość. *Cohnheim* sądzi, że gruźlica naczyniówki nie jest atrybutem jedynie ostréj gruźlicy, gdy znajdował gruzełki in choroidea i w przypadkach nie ostréj gruźlicy. Twierdzenie *Cohnheim'a* popierają spostrzeżenia *Jóger'a*, który już dawniéj przy chronicznéj tuberkulozie nieraz oftalmoskopem obserwował gruzełki żółtawe w naczyniówce.

Tak więc, teraz za pomocą oftalmoskopu, możemy z największą pewnością za życia rozpoznawać ostrą gruźlicę. Obecność gruzełków w naczyniówce w danym razie wszelką usuwa wątpliwość w diagnozie; brak jednak tego objawu w oku nie wyklucza istnienia ostréj gruźlicy w innych organach. *Referat Kośmińskiego.*

Bromek potassu przy epilepsji użytym został przez *Clouston'a* (*Journ. of. Med. Sc. 1868. p. 305*) w 25 przypadkach zastarzałéj padaczki. Dawał on stopniowo coraz większe dozy aż do 50 gran pro dosi 3 razy dniem i prowadził takową kurację przez 38 tygodni. Skutek był bardzo pomyślny, gdyż liczba napadów zmniejszyła się do $1/_6$ w porównaniu z dawniejszą częstością. Tylko w 5 przypadkach środek wspomniany pozostał bez skutku; najlepsze skutki okazał u dorosłych przy 3 dziennie 30 granowych dawkach. (Przekonałem się niedawno o skuteczności kalii bromati przy epilepsji u młodéj dziewczynki miewającéj od lat kilku napady; podczas skwarów ubiegłego lata napady stały się tak częstemi, że się po kilka razy dniem i nocą powtarzały; kilka dawek 15 granowych kalii bromati usunęło napady dzienne, a częstość nocnych znacznie zmniejszyło; obecnie chora miewa napady tak często jak przed owem pogorszeniem.) (*Centralblatt. Nr. 47*).

Naczynia krwionośne w chrząstkach znalezione zostały przez *Bubnow'a* (*Sitzbericht. d. Acad. d. Wissen. in Wien. Math. Cl. I. Abth. 57.*) który badał chrząstki żebrowe i stawowe człowieka i różnych zwierząt tak po poprzedniéj injekcji berliner-blau jak i w stanie świeżym. Autor twierdzi, że we wszystkich, nietylko w młodych chrząstkach są naczynia krwionośne. U osób dorosłych bł. *media* naczyń chrząstnieje, warstwa zaś mięśniowa i wewnętrzna pozostają niezmienione. Naczynia leżą w przewodach wysłanych tkanką łączną. Do chrząstki stawu biodrowego naczynia dochodzą przez *Lig. teres*—do stawu kolanowego przez *Ligg. cruciata.* Do chrząstek stawowych dochodzą naczynia z pokrywającego je perichondrium i z końców stawowych kości. Nadto wykrył autor kanaliki prowadzące od jednéj komórki chrząstkowéj do sąsiednich. (*Centralblatt. Nr. 48*)

Acidum carbolicum do opatrunku owrzodzeń (Drachma 1—2 na Uncji 4—8 wody), zaleca *Pindell* (*Medical and surgical Reporter. Vol. 19. Nr. 8 Philadefphia*) szczególniéj przy owrzodzeniach dyfterytycznych. (*Centralblatt. Nr. 48*)

Stosunek układu nerwowego do wydzielania żółci zbadanym został przez *Heidenhain'a* (*Stud. d. physiol. Instit. zu Breslau 4. Heft*). Przy pomocy zegarka śledzono szybkość podnoszenia się słupa żółci w rurce szklannéj, wprowadzonéj do przetoki przewodu żółciowego (duct. choledochus) lub do pęcherza żółciowego. Szybkość ta nie była stałą; ale jeżeli jednocześnie drażniono mlecz w części szyjowéj lub grzbietowéj prądem elektrycznym: natenczas szybkość wznoszenia się kolumny żółci w rurce z początku chwilowo wzrastała, wkrótce zaś zmniejszała się niżéj normy i taką pozostawała przez cały czas drażnienia mlecza. Autor starał się rozstrzygnąć: 1-o, czy to zjawisko zależy od kurczenia się przewodów żółciowych któreby mogły początkowo przez nacisk przyspieszyć wypływ żółci, a potem utrudnić wypływ dalszy; 2-o, czy też polega na kurczeniu się krwionośnych naczyń. Dla rozwiązania téj kwestji *Heidenhain,* przez znaczne wzniesienie wspomnianéj rurki szklannéj, powodował cofanie się jéj słupa płynu wstecz ku przewodom żółciowym i przez to podnosił znacznie ciśnienie w całym układzie tych przewodów; płyn do tego użyty był indygo-siarczanem sodowym. Przy tak podniesionem ciśnieniu w wątrobie, następowało zabarwienie błon śluzowych, surowiczych, moczu, owym roztworem indygowym, zmieszanym z żółcią, przyczem sam miąższ wątroby prawie wcale indygowego zabarwienia nie przybiera, a żółć po nastąpionéj resorbcji owego płynu, wkrótce znowu czysta wypływać zaczyna; ztąd wniosek, że resorbcja odbywa się w przewodach żółciowych, a nie w zrazikach (acini) wątroby, do

których zabarwienie indygowe wcale nie dochodzi. Jeżeli teraz drażniono mlecz elektrycznością, następowało w pierwszéj chwili zwolnienie, lub ustanie prądu wstecznego w rurce, przy dalszem jednak drażnieniu prąd ten wsteczny znacznie przyspieszonym zostawał. To ostatnie zjawisko mówi przeciwko przypuszczeniu (1-o), iżby drażnienie mlecza powodować miało kurczenie się przewodów żółciowych, kurczenie się bowiem tych przewodów musiałoby tutaj stale prąd wsteczny zwalniać i ograniczać. Tak więc to przypuszczenie (2-o) jest uzasadnionem, podług którego powolniejszy wypływ żółci z wątroby, przy drażnieniu mlecza, zależy od kurczenia się naczyń krwionośnych wątroby, czyli na ograniczeniu wydzielimy wątroby. Przypuszczenie to poparte jest eksperymentem przy którym zmniejszenie ciśnienia w naczyniach włoskowatych wątroby (po obfitych upustach krwi przy nacisku na aortę powyżéj odejścia *A. coeliacae*) powoduje tak zmniejszenie szybkości w podnoszeniu się słupa żółci w rurce, tak samo jak drażnienie mlecza. Co się tyczy wspomnianego początkowego przyspieszenia wypływu żółci przy drażnieniu mlecza, to takowy zależy prawdopodobnie od chwilowego kurczu przewodów żółciowych; przewody te posiadają gładkie włókna mięśniowe, kurczące się współcześnie i w tych samych warunkach co mięśnie trzewiów brzusznych np. przy dłuższym nacisku na aortę brzuszną. (*Centralblatt. Nr. 45*)

67 radykalnych operacji przepukliny metodą *Syme'a* wykonał *Fayrer* (*Gaz d. Hôpit. 1868. Nr. 94)* w ciągu lat 5. Z tych 46 pomyślnie, 9 z niezupełnym skutkiem 11 bez skutku, 1 zakończyła się śmiercią. (*Centralblatt. Nr. 34*). (Ref. *Markiewicza*).

KRONIKA TYGODNIOWA.

W końcu zeszłego miesiąca (26 Lutego), skończył się rok pierwszy istnienia szpitala czasowego na Pradze. W ciągu tego roku, udzielano pomoc lekarską 1,216 indywiduum (571 mężczyzn i 645 kobiét). W szpitalu tym szukali pomocy tak mieszkańcy Pragi, jak i mieszkańcy Warszawy, oraz wsi otaczających przedmieście. Do miesiąca Listopada r. z., szpital otrzymywał chorych wyłącznie ze szpitala Dzieciątka Jezus nadsyłanych; znajdowały się zatém same przypadki przewlekłe i nieuleczalne, śmiertelność w tych miesiącach była znaczną, dochodziła do 9% a nawet i 11% (Lipiec). Podczas zimy, kiedy znowu liczba chorych w szpitalach warszawskich wzrosła, tak, że znacznie przewyższała liczbę etatem oznaczoną, Rada Główna Opiekuńcza Zakładów Dobroczynnych, zniosłszy się z Zarządem Ober-Policmajstra, postanowiła rozdzielać chorych po wszystkich szpitalach, stosownie do miejsc wakujących w raportach dziennych wykazanych, lub odsyłać tam, gdzie przepełnienie było najmniejsze. Tym sposobem, szpital pragski zaczął przyjmować chorych wprost z miasta i ilość chorób chronicznych znacznie się zmniejszyła; w skutek czego i śmiertelność w nim spadła na 7% do 5%.

Już w tym roku można było ocenić ile szpital pragski oddaje przysługi miastu, bo dzięki jego założeniu, najwyższa cyfra chorych w szpitalu Dzieciąska Jezus (szpital ten najbardziéj zwykle bywa przepełniony), wynosiła 660, kiedy w roku zeszłym w tych samych miesiącach przechodziła liczbę 900.

Pomijając różne szczegóły tyczące się przebiegu leczonych przypadków chorobnych, wspomnimy tylko, że pomiędzy różnemi metodami leczniczemi, w szpitalu, tym środki lekarskie metodą podskórną obszernie były stosowane, tak w rozmaitych chorobach nerwowych: *octan i chlorek morfiny* przy nerwobólach i hysterji, mianowicie podczas napadu drgawek hysterycznych, jako téż: *siarczan* i *walerianat artopiny*, w tych samych cierpieniach i przy zawrotach głowy (*vertigo*) wynikłych skutkiem bezkrwistości mózgu w podeszłym wieku, albo po przejściu tyfusu. *Siarczan* i *walerjanat atropiny* był stosowany tą samą metodą w padaczce (bezskutecznie); *chlorek chininy* w przebiegu tyfusu (5 gr. na dawkę 2 razy dziennie) zniżał temperaturę o 2 ½ stopni i liczbę uderzeń pulsu o 20 uderzeń w sześć godzin, w ropnicy (*pyemiae*) za pomocą tego samego preperatu otrzymywano podobny skutek. Dzielnym

także środkiem zastosowanym tą samą metodą, był wyciąg wodny sporyszu przy krwotoku macicznym (*Extr. secalis cornuti aquos*), dwa wstrzyknięcia po 3 grana w odstępach czterogodzinnych zatrzymały zupełnie krwotok maciczny wynikły po poronieniu. Przy zastowaniu téj metody, nie widziano żadnego zadrażnienia miejscowego, w jednym tylko pryypadku nieco upartsze krwawienie. Środki lekarskie objawiały swe działanie niekiedy po upływie 20 sekund, a niektóre indywidua były bardzo czułe na morfinę: $^1/_6$ grana sprowadzała silne rozdrażnienie ogólne, ogromny ból głowy, mdłości i wymioty, przedłużające się przez 24 godzin. To samo indywiduum było równie czułe na siarczan atropiny ($^1/_{40}$ gr.) była to kobieta 37 lat licząca, dotknięta nerwobólem nerwu kulszowego (*ischias rheumatica*) octan i chlorek morfiny podane przez kanał pokarmowy znosiła w większéj dawce ($^1/_4$ pro dosi).

Zastosowywano także niektóre środki lekarskie w sproszkowaniu (w rozpyleniu), mianowicie półtoro-chlorek żelaza w krwotokach płucnych (oddział kol. *Wójcikiewicza*). Po kilku próbach, chora przyzwyczajała się do téj metody leczenia. Wypadki otrzymano ujemne z których żadnych wniosków wyprowadzić nie można, z pzowodu szczupłéj liczby eksperymentów. (U pewnego indywiduum, gdzie krwotoku płucnego nie można było powstrzymać żadnemi środkami, *olejek terpentynowy* po 5 kropli na dozę w syropie zwyczajnym 4 razy dziennie, w parę dni wstrzymał krwotok w zupełności).

Wspomnieć jeszcze winniśmy o leczeniu wrzodów zastarzałych (*ulcera atonica*). Mieliśmy ich dostateczną liczbę, bo żaden szpital w Królestwie nie jest od nich wolny. Po wypróbowaniu rozmaitych metod ich leczenia, najbardziéj okazały się nam skuteczne przetwory jodowe: wewnętrznie, pod formą *jodku potassu* po 5 do 10 gran, dwa do trzech razy dziennie, zewnętrznie, używaliśmy jodu metalicznego z jodkiem potasu: *Rp*. Jodii puri gr. I—III, Kali jodati gr. XX, Aq. destillat. unc. IV—VI. Najskuteczniejszym jednakże okazał się zewnętrznie *jodoform*. Preperat ten jest prawie obecnie zaniedbany w medycynie; odkryty w roku 1822, wyrabia się fabrycznie jako środek uboczny, przy fabrykacji jodku potassu. Był on w r. z. kilka razy zastosowany przez lekarzy francuzkich, przy leczeniu szankra fagadenicznego, czytając ich obserwacje, wpadłem na myśl użycia go we wrzodach zastarzałych różnéj natury, i w pragskim szpitalu, w moim własnym oddziale, jak i w oddziałach innych kolegów, znalazłem obszerne pole do jego zastosowania. Lekarze francuzcy używali go w maści i w sproszkowaniu, ja go używam w roztworze.

Jodoform nie rozpuszcza się w wodzie, ani w wyskoku, jest rozpuszczalnym w chloroformie (kolor roztworu żółty, potém wiśniowy, coraz mocniéj ciemniejący od światła), ale daleko więcéj w eterze (kolor roztworu z początku żółty, późniéj pomarańczowy ciemny). Ten ostatni roztwór okazał mi się najskuteczniejszy: pociągając wrzód dwa razy dziennie takim roztworem, otrzymywałem w ciągu dni kilkunastu jego zabliźnienie, stosownie do obszerności wrzodu. Rozpuszczałem go również w *collodium*, mniemając, że zdołam otrzymać na wrzodzie powłokę, któraby działała jako środek lekarski i zabezpieczała od przystępu powietrza; ale usiłowania moje w tym względzie okazały się płonnemi, powłoki nie zdołałem utrzymać na powierzchni wrzodu, a jodoform nie działał.

Z przypadków chirurgicznych, oprócz ran ciętych, mniéj lub więcéj głębokich, zadanych przypadkowo, mieliśmy: pogruchotanie kończyny górnéj prawéj, przez maszynę w fabryce czekolady (amputacja w górnéj $^1/_3$ ramienia, zakończona pomyślnie) zgruchotanie ramienia młockarnią (śmierć z posocznicy) zgruchotanie kończyny dolnéj prawéj przez wagon, (amputacja w dolnéj $^1/_3$ uda—wyzdrowienie). Przecięcie całkowite krtani, w zamiarze odebrania sobie życia (zeszyte i uleczone w zupełności). Pneumothorax, skutkiem przygniecenia klatki piersiowéj (w oddziale kol. *Broniewskiego*—wyzdrowienie). Przytém kilka złamań kości leczonych zwyczajnemi sposobami. Świeże rany opatrywaliśmy *kwi: karbolowym* (Patrz Nr. I. T. IV. *Kliniki*).

— W tych dniach oddział czasowy dla starozakonnych otworzony za wolską rogatką, ma być zamknięty.

Redaktor, Z. Dobieszewski.

w Drukarni J. Jaworskiego.—Za pozwoleniem Cenzury Rządowéj.—Cena pojedynczego arkusza kop. 15 (złp. 1.)